

EPILEPSIA ESSENCIAL E CISTICERCOSE CEREBRAL (*)

MARCELLO OSWALDO ALVARES CORRÊA

(Monitor da cadeira de Parasitologia da Fac. de Med. da Un. de S. Paulo.
Interno da 2.^a M. H.)

OBSERVAÇÃO

Nome: A. J. C. — *Idade:* 26 anos — *Est. civil:* Solteiro — *Nac.:* Brasileiro — *Prof.:* Lavrador — *Proc.:* Capital — 3.^a M. H.

História da moléstia atual: No dia 26 de Julho, pela manhã, ao lavar o rosto o paciente foi surpreendido por repuxões e tremores na boca, movimentos êstes violentos, bruscos e que se sucediam com rapidez. Observando-se ao espelho observou que em tais movimentos o lábio inferior se projetava para a esquerda enquanto a boca ficava retorcida; incomodado voltou ao leito onde aguardou o término de taes contrações o que tardou cerca de 10 minutos, passando bruscamente, assim como se iniciava. Nenhum outro fenômeno subjetivo ou objetivo se fez sentir por esta ocasião.

No mesmo dia, por duas vezes repetiram-se os tremores e repuxões iniciando-se repentinamente, sem que o paciente sentisse qualquer sensação estranha que prenunciasse a sua proximidade, e terminando-se também bruscamente. Durante 20 dias continuaram os "aessos" (sic) que sobrevinham de preferência pela tardinha, após o jantar, continuando pela noite a dentro.

Em meados de Agosto, em dia que não precisa, quando ia largar o serviço, sentiu uma sensação exquisita, um "ar diferente" como que perfumado ao mesmo tempo que o sangue fervia como si lhe polvilhassem o corpo com água finamente dividida. Sentiu-se tonto e imediatamente começaram os repuxos na boca — como sempre proeminando para a esquerda —; as tonturas se acentuando procurou se deitar e mal o tinha feito quando os braços e pernas se movimentavam, os braços encolhendo e as pernas esticando —, a respiração foi se tornando difícil, os olhos viraram, sentiu o corpo duro e perdeu os sentidos.

Os companheiros que o socorreram afirmaram que não espumou pela boca, nem mordeu a língua o que aliás, o próprio doente observou; tão pouco urinou ou evacuou, apenas movimentando desordenadamente os membros, com a respiração estertorosa e rosto arroxeados.

Quando voltou a si sentiu-se muito fraco, com zoeira nos ouvidos, pernas moles e uma formidável vontade de dormir. Chegando ao barracão onde morava, deitou-se e imediatamente teve novo ataque exatamente igual ao primeiro, como êste de curta duração avaliada em 10-15 minutos pelo paciente. Voltando do ataque dormiu profundamente para acordar, pela madrugada, com ânsia de vômito e de fato vomitou grande quantidade de "água esverdeada" e amarga no início, branca e azeda no fim.

No dia seguinte procurou a Santa Casa onde não conseguiu se internar a vista do que voltou ao serviço, embora nada mais sentisse, a não ser de

(*) Observação feita na cadeira de cl. neurológica da Fac. de Med. da Un. de S. Paulo. Prof. Dr. Adherbal Tolosa.

vez em quando, as mesmas sensações que precederam os ataques. Voltou a Santa Casa tendo então sido internado na 3.^a M. H.

INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIFERENTES APARELHOS

Cabeça: desde os 10 anos de idade sofre regularmente de intensas cefaléas que sobrevêm repentinamente muito embora pressinta sua aproximação por uma sensação de "ar exquisito". É de caráter martelante, pulsátil, sentindo a vista fraca embora não note manchas ou moscas volantes. Por estas ocasiões pioram os vômitos que relataremos adiante.

Olhos, Nariz, Ouvidos, Boca, Apar. Córdio-respiratório: Nada digno de nota.

Ap. Gastro-intestinal: desde os 10 anos sofre de vez em quando de vômitos, sem relação com as refeições, sendo mais frequente com as cefaléas. Empachamento após as refeições.

Até ha cerca de 6 meses, ou nas evacuações ou pela manhã na cama, tem expelido uns bichos semelhantes a semente de abóbora que se contraem ativamente como movimento de minhóca (sic.).

Sistema nervoso: Vide história.

Uro-genital: Nada digno de nota.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HÁBITOS

Sempre trabalhou na roça, nos mais variados serviços. Refere, em particular que, quando criança, lidava no chiqueiro e se alimentava, bem como seus irmãos, de muita carne de porco.

Tem bom apetite. Alimentação pouco variada. Fuma cigarros de palha cerca de 20 por dia; bebe bastante café não sendo etilista.

Não se recorda de moléstia de infância. Pneumonia há 4 anos.

Há 2 anos, cerca de 15 dias após a copula apareceu-lhe na glândula uma ferida de bordos regulares, com rebordo alto e duro da qual fez tratamento local. Dois meses depois apareceu-lhe no corpo todo, formações papulosas, de cor avermelhada, do tamanho duma moeda de \$100 que cederam com 5 injeções de 914. Não fez outro tratamento anti-luético.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pais falecidos de causa ignorada. De 3 filhos que eram, faleceu um irmão há 1 ano, com amarelão (sic), relatando que na véspera do desenlace, deitou grande quantidade de bichas parecidas a sementes de abóbora, contracteis, etc., isto é, eguais ás que o paciente tem expulsado. A irmã desde os 16 anos de idade que sofre de ataques eguais aos que teve o paciente e durante os quaes perde os sentidos, espuma pela boca, revira os olhos, bate os braços e pernas. Taes ataques sobrevêm em intervalos irregulares, ora semanas, ora de meses. Não sabe informar como tem passado essa irmã ultimamente. Refere ainda que sabe de dois primos de 2.^o grau que também sofrem de ataques semelhantes aos de sua irmã.

EXAME FÍSICO GERAL

Indivíduo leucodérmico, mediolíneo, aparentando a idade que relata, facies não característica, decúbito indiferente.

Pele quente, úmida, elástica, móvel sobre os planos subjacentes; cicatrizes hipocrômicas com rebordo hiperpigmentado, esparsas pelo corpo com preferência pelo dorso. Pêlos com distribuição masculina. Panículo adiposo regular com predomínio no hipogastro. Não há circulação colateral.

Musculatura e arcabouço ósseos bem constituídos. Mucosas visíveis normalmente coradas. Gânglios: palpáveis os cervicais, pequenos, duros e indolores e os inguino-crurais, do tamanho de uma caroço de azeitona, duros, móveis, indolores. Epitrocleanos não palpáveis.

Esternalgia e tibialgia ausentes.

EXAME FÍSICO ESPECIAL

Cabeça: crânio — simétrico sem exostóses, nem pontos dolorosos.

Olhos: musculatura extrínseca normal. Pupilas isocóricas. Refléxos luminosos, consensual e de acomodação presentes e normais.

Ouvidos, nariz, seios da face: Nada digno de nota.

Boca: inúmeras falhas dentárias, algumas raízes infetadas, gengivite tartárica e piorréia. Língua sem tremores nem desvios anormais.

Rebordo bucal simétrico com a boca aberta. Oro-faringe: nada digno de nota.

Pescoço: curto, cilíndrico, sem estase venosa e batimentos arteriais visíveis.

Tireoide palpável, não aumentada de volume. Não há Oliver-Cardarelli.

Aorta não palpável na fúrcula.

Tórax:

Aparelho respiratório: simétrico, com leve abaixamento do ombro direito: fossas supra e infra claviculares igualmente escavadas. Mamilos e omoplatas á mesma altura, igualmente afastados da linha mediana. Não há abaulamentos, nem retrações, nem tiragem.

Tipo respiratório costo-abdominal com a frequência de 18 movimentos p.m.

Litten visível dos 2 lados, em igual extensão.

Igual expansibilidade dos dois ápices: maior expansibilidade da base direita.

A palpação confirma estes dados: frêmito tóraco — vocal de distribuição normal de acordo com o timbre da voz. Á percussão: som claro pulmonar em toda a área. Murmúrio vesicular normal.

Ap. cárdio-vascular: choque da ponta visível no 5.º E. I. E. 1 dedo para fóra da linha hemiclavicular; palpável, pouco intenso. Não se palpa frêmitos. Área cardíaca não aumentada. Bulhas com caracteres normais nos focos mitraes e tricúspide; desdobramento inconstante da 2.ª pulmonar, clangor da 2.ª aórtica. Artérias radiais elásticas, pulso cheio e tenso, batendo ritmicamente com a frequência de 72 p.m.

P. A.: 125 — 80.

Abdômen: Simétrico, com acúmulo de panículo adiposo na região infra umbelical; cicatriz umbelical com caracteres normais.

Não há resistências anormais, nem pontos dolorosos á palpação superficial.

Transverso: palpável, largo, de consistência pastosa á esquerda onde é levemente doloroso. Céco: palpável, gargarejante, indolôr; ascendente palpável.

Fígado: bordo superior percutível no 4.º E. I. D.; bordo inferior palpável a 1 dedo do rebordo costal, fino, indolôr. Não há dor á pressão no ponto cístico de Murphy. Baço: percutível ao nível da 8.ª costela na linha axilar média, palpável a 1 dedo do rebordo, na mesma linha, de consistência dura.

Ap. gênito-urinário: Nada digno de nota; não foi encontrada cicatriz alguma na pênis.

Sistema nervoso: (Vide o exame Neurológico).

EXAME NEUROLÓGICO

a) Estado psíquico

O paciente tem perfeita orientação em relação a si próprio e ao meio ambiente: atento e com memória satisfatória. Inteligência regular com certa lentidão de associação ideativa. E' analfabeto, cultura sofrível; não há desvios da afetividade. Linguagem relativamente clara.

b) Atitude

Facies não característica. Não há perturbação do equilíbrio.

c) Motricidade

1.º) *Motricidade voluntária*: não há paralisias ou paresias. Força muscular um pouco maior á direita o que coincide com a dextra do paciente.

Manobras de Barré, Mingazzini, Raimisti e do pé de cadáver: negativas. Não há incoordenações motoras, quer de mecanismo cerebelar, quer de mecanismo sensitivo. Sinal de Romberg negativo.

2.º) *Mobilidade passiva*: tonicidade muscular normal á inspeção dos relevos, á palpação das massas musculares e aos movimentos articulares passivos que se processam em gráus e de modo normais.

3.º) *Motricidade automática*: marcha sem caracteres anormais. Mímica expressiva, fala, deglutição, respiração e mastigação, sem distúrbios.

4.º) *Motricidade involuntária*:

a) Expontânea — ausente.

b) Reflexa — não há trepidações, nem clonus, nem sincinesias.

Reflexos clônicos superficiais: cutâneo-plantar, cremasterinos, superficial e profundo, cutâneo-abdominais, presentes e normais. Não há sinal de Babinsky nem suas variantes. Reflexos corneano presente e normal.

Reflexos clônicos profundos: Aquilianos — presentes e normais.

Rotulianos — diminuidos aparentemente porquanto com a manobra de Jendrassicke tornaram-se normais.

Médio-pubiano: diminuição do componente crural. Os demais: presentes e normais, não havendo sinal de Mendel — Bechterew, nem de Rossolimo.

Reflexos tônicos: de postura — normais.

Reflexos vegetativos: reflexos pupilares fotomotor, consensual e de acomodação presentes e normais, não havendo Argyll-Robertson.

d) Sensibilidade

1) *Subjetiva*: alucinações olfativas e parestesias referidas na história.

2) *Objetiva*:

a) Superficial: sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, presente e normais.

b) Profunda: barestésica batiestésica, palestésica, estereognóstica, visceral, presentes e normais.

e) Fenômenos tróficos e vaso-motores

Não foram notados.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame do líquido céfalo-raquidiano (10-9-40).

Punção lombar em posição deitada.

Pi 13 Pf. 14?

Stookey — normal.

Líquor límpido e incolor:

Citologia	2,6 por mm. ³
Albumina	0,20 grs. por litro
R. Pandy	negativa
R. Benjoin	00000.00000.00000.0
R. de Wassermann	negativa com 1 cc.
R. Takata-Ara	negativa

2.º Exame — (28-9-40).

Exame do líquido céfalo-raquidiano.

Pi 15

Líquor límpido e incolor.

Citologia	24,8 por mm. ³ linfo-monocitose. Não foram encontradas células eosinófilas.
Albumina	0,20 grs. por litro.
R. Pandy	opalescência.
R. Benjoin	00000.12210.00000.0
R. de Wassermann	negativa
R. Takata-Ara	negativa com 1 cc.
R. de desvio de complemento para cisticercose —	negativa.

No soro sanguíneo:

Reação de Wassermann	fortemente positiva (++)
Reação de Kahn	fortemente positiva (++)
R. de desvio de complemento para cisticercose:	fortemente positiva (++)
	(a.) O. LANGE.

RADIOGRAFIA DO CRÂNIO

Sinais clínicos:

Tenia há 8 anos. Epilepsia parcial tipo facial.

Exame Radiológico:

Projeção endo-craniana de duas imagens típicas de cisticercose cerebral.
(10-9-40).

EXAME HEMATOLÓGICO

Neutrófilos		
	Bastonetes	1,25
	Segmentados	58,50
Eosinófilos		8,50
Basófilos		0,00
Linfócitos		
	típicos	23,25
	leucocitoides	6,50
	Monocitos	2,00

Granulações tóxicas nos neutrófilos

Frequentes linfócitos atípicos, com caracteres de imaturidade.

Eosinófilos com sinais de imaturidade.

(1-10-40).

(a.) MICHEL A. JANRA.

DIAGNÓSTICO

Dada a normalidade do exame clínico e neurológico, os elementos decisivos com que contamos para o diagnóstico, se limitam aos dados de anamnese e aos exames complementares.

Pela anamnese verificamos que a queixa principal do paciente consiste em manifestações iniciais de epilepsia tipo bravais-jacksoniana, em que o sinal — sintoma se traduzia por protundência do lábio inferior que se projetava para a esquerda; persistiram tais manifestações por 20 dias e então sobrevieram 2 ataques típicos de epilepsia generalizada, precedidas por aura-alucinações olfativas e parestésias — com perda dos sentidos, espuma pela boca, contrações clônicas, etc. Não mais se repetiram tais manifestações, mas frequentemente o doente acusa a aura, isto é, as mesmas sensações olfativas e parestésicas que da vez primeira precederam os ataques.

Outros pontos merecem real destaque pelo seu possível significado de probabilidade diagnóstica. Desde criança costumava ingerir carne de porco, provavelmente sem grandes cuidados, daí a dilatada oportunidade de ingestão do cisticerco.

Com efeito esta sugestão se reforçou porquanto é bem clara e significativa a informação de que costuma eliminar — e isto até há cerca de 6 meses — anéis ativos e contráteis, semelhantes a sementes de abóbora que evidentemente, são anéis de *Taenia Saginata*. Ora, esta taenia jamais acarreta a ladraria humana mas não exclue a pos-

sibilidade, igualmente frequente e possível, da existência concomitante da *Taenia Solium*, fonte causal duma possível contaminação auto-endógena.

Acresce que um de seus irmãos era grandemente parasitado, podendo funcionar como fonte de contaminação indireta do paciente.

Fator anamnético importante é relato de que uma irmã do paciente desde os 16 anos de idade, logo após a puberdade, portanto, sofre de ataques epilepticos generalizados — o grande ataque — dado familiar que acresce de importância devido à informação de que dois de seus primos também sofrem dos mesmos.

Devemos ainda lembrar que desde os 10 anos de idade sofre de cefaléas intensas, tipo enxaqueca, acompanhadas de vômitos; relata um nítido contágio sífilítico, há 2 anos, com manifestações cutâneas secundárias, tendo o tratamento anti-luético praticado se limitado a 5 injeções de 914. Dos exames de laboratório devemos realçar o desvio do complemento para cisticercose — fortemente positivo — no sangue, negativo no líquido e as reações de Wassermann e Kahn — fortemente positivas apenas no sangue.

* * *

Resta-nos agora estabelecer qual a etiologia possível no caso para o síndrome epilepsia: si essencial, si por cisticercose cerebral ou si de origem luética. Nas considerações que se seguem passaremos em revista cada uma destas eventualidades, procurando enquadrar o presente caso numa das etiologias acima apontadas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A epilepsia não é uma enfermidade de etiologia única. Em grande número de casos os ataques epiléticos constituem simplesmente a modalidade reativa do cérebro diante de lesões de diversas espécies: tal é a epilepsia sintomática. No entanto, tal denominação não significa que esta variedade de epilepsia a oponhamos como enfermidade orgânica do cérebro a uma epilepsia funcional, qualificada de idiopática, genuína ou essencial. Ao contrário, esta última deve ser considerada, com razão, como uma afecção orgânica do cérebro, embora seu substrato anatômico seja desconhecido. O número de epilepsias idiopáticas propriamente ditas, reduz-se cada vez mais, à medida que aumentam os conhecimentos sobre os múltiplos fatores que podem determinar as formas sintomáticas. Apesar de tudo, atualmente está perfeitamente justificada a classificação feita de ambas as formas. Admite-se a forma idiopática máxime quando a anamnese resalta o caráter hereditário da afecção, ainda que este dado possa oferecer grandes dificuldades em certas ocasiões, pois em algumas vezes, nos antecessores do paciente não houve grandes ataques típicos ou, com frequência, só se obtem dados imprecisos, por exemplo, estados parecidos á enxaquecas. A epilepsia genuína póde depender de lesões germinais, especialmente nos filhos de al-

coolatras e de sífilíticos, — mas sobre esta questão reina ainda a obscuridade, — já que é admitido como possível uma lesão pré-natal, por exemplo, uma infecção sífilítica que seja o fator etiológico da epilepsia sintomática aparecida posteriormente. Em todos os casos nos quais se suspeita que houve lesões intra-uterinas, traumatismos obstétricos ou lesões cerebrais sofridas por crianças de mui tenra idade e sejam seguidos todos êles de ataques epilepticos na juventude, torna-se dificuldade considerável a de se decidir, si trata duma epilepsia genuína ou de uma forma sintomática.

Mais faceis são as circunstâncias quando os ataques epilepticos só aparecem, de modo evidente, como sintoma de lesões cerebrais conhecidas, como por exemplo, nos ataques, de ordinário agudos, transitórios e frequentemente únicos, consecutivos às graves intoxicações por álcool, cocaina, ópio, cânfora, óxido de carbono, assim como na eclampsia, uremia, etc. Também aparecem ataques epiléticos na sífilis cerebral, paralisia geral, cisticercose, artério-esclerose cerebral, tumores cerebrais, encefalite, meningite, esclerose em placas, abcesso cerebral e em consequência de traumatismos cranianos. Nada de exato se sabe, todavia, com respeito ao caráter das lesões anatômicas que podem provocar a epilepsia sintomática. E' evidente que as irritações (quicá a soma anormal das excitações) que determina os processos agudos ou crônicos, podem atual dessa maneira, mas não indefectivelmente. Supõe-se que essas irritações se desenrolam no cortex cerebral, sendo muito provável que tal fato ocorra nos ataques do tipo Jacksoniano, mas não está demonstrado para a forma genuína. Contudo, a aparição de ataques epiléticos nas afecções protoberanciais, faz crer que as zonas profundas encefálicas (suspeita-se do diencéfalo) deveriam entrar em consideração como ponto de origem dos ataques epiléticos. Assim mesmo, tem-se suposto que seriam de patogenia cortical as convulsões, enquanto que as contrações tônicas seriam produzidas pelas zonas corticais. Tais considerações não explicam sem dúvida, a causa íntima da tendência às convulsões nem ao síndrome epileptico total. Ainda é muito incompleto o que sabemos a respeito das relações com anomalias metabólicas e transtornos endócrinicos, e sobretudo, com respeito á questão global de uma possível predisposição epilética.

EPILEPSIA E CISTICERCOSE

A etiopatogenia da cisticercose, já de muito está firmada e sabido é que o cisticerco patogênico para o homem vem a ser o *C. cellulose* — forma larvária da *T. Solium*, uma das "solitárias" muito comuns na infestação intestinal humana. Essa infestação cisticercósica sempre se faz por via digestiva, e, segundo a procedência dos embrionóforos ingeridos, deve ser dividida em dois grandes grupos:

1.º — Da hétero-infestação, que vem a ser a ingestão de alimentos, contaminados pelos embrionóforos da tênia patogênica, de procedência externa. Isso acontece mais amiude nas zonas rurais, onde o consumo de frutas e de verdura é acudido pela própria pro-

dução local em cuja cultura os adubos são generosamente utilizados, mesmo os de procedência humana. Além do mais, a falta de instalações higiênicas ocorre para larga disseminação dos excretos portadores dos embrionóforos perigosos.

2.^o — Da auto-infestação, para a qual sempre é necessária a presença da tenia no intestino do próprio doente (*T. solium*). Dá-se ela por via externa, nas crianças e nos dementes copófragos, na higiene individual precária; dá-se ainda por via interna, quando há digestão de um anel da tenia, levado acidentalmente (regurgitações, vômitos) ao estômago.

O primeiro grupo, da hétero infestação explica bem as infestações pequenas ou mesmo únicas (principalmente oculares), enquanto que o segundo faz compreender as infestações maciças, totais: o doente fica como que crivado de cistecercos. A disseminação do parasita no organismo, uma vez vencida a parede intestinal em cujos vasos penetra, se faz por via sanguínea.

Quanto á frequência da localização da cisticercose no sistema nervoso central, si não vai a 100% também não distancia muito; uma das estatísticas mais numerosas é a de Vosgien que dos seus 807 casos encontrou 330 com localização do sistema nervoso, ou seja, 40,8%.

Toledo Galvão, de 15 casos observados verificou 11 vezes a localização cerebral ou sêja, frequência de 73,3%; Monteiro Sales afirma que a localização cerebral é a mais frequente na cisticercose humana e que a séde superficial é mais constante. Com efeito, de acôrdo com o citado autor estão as estatísticas de Coccioni e Pacheco e Silva, das quais se infêre que na convexidade está a séde mais frequente da localização cerebral. O cisticerco do sistema nervoso pode provocar toda sintomatologia cerebral possível uma vez que sua localização é viável em qualquer ponto onde chegue uma arteriola e que aos fenômenos locais por presença atual do cisticerco podem crescer fenômenos outros acarretados pelas lesões á distância.

No que se refere, em particular, as manifestações epilepticas são condicionadas pela cisticercose das meninges, cortex e massa cerebral acarretando então, sintomas de tumor cerebral, com epilepsia tanto generalizada como do tipo *bravais-jacksoniano*. Monteiro Sales aponta como característico para epilepsia deste último tipo, a inconsistência na localização no início dos ataques, isto é, na variabilidade do sinal sintoma. O citado autor em 15 casos encontrou 13 em que a epilepsia foi observada; Pacheco e Silva em 7 casos achou-a 5 vezes.

Para o *diagnóstico* da cisticercose devemos julgar com dados clínicos e com dados humorais.

1 — **Dados clínicos:** A) os comemorativos para a verificação das possibilidades de infestação pela tênia tanto no paciente como nos demais da família, possíveis fontes de contaminação pelos hábitos e modo de vida.

B) A concomitância de cisticercos sub-cutâneos exteriorizando-se por nódulos cuja natureza parasitária pode ser revelada por biópsia; sua raridade, no entanto, é extrema.

C) A presença comprovada da infestação intestinal por *Tenia solium* o que condiciona as possibilidades de auto infestação interna e externa.

A comprovação exclusiva da *Tênia saginata*, cujos cisticercos não aparecem na infestação humana, nada indica de negativo porquanto não exclue a possibilidade duma concomitante infestação pela *T. solium*.

D) Deve ser sempre suspeitada nos quadros de hipertensão cerebral, nas epilepsias e no síndrome neurológicas polifocais.

E) A radiografia do crânio confirmando um quadro de hipertensão já previsto ao exame clínico ou então fazendo diretamente o diagnóstico pela patenteação dos cisticercos calcificados.

O nosso caso apresenta dados de anamnese positivos já realçados, a suspeita pelo quadro de epilepsia e aparentemente, a positividade da radiografia. Dizemos "aparentemente" porquanto as chapas foram erroneamente interpretadas uma vez que nada há que possa ser claramente indicado como imagem de cisticerco; desta opinião foram os Profs. Tolosa e Gama.

2 — **Dados humorais:** A) *Eosinofilia do sangue*: de variações amplas, de valor meramente coadjuvante, não trazendo indicações valiosas porquanto é inconstante em qualquer parasitose.

B) *Intradermo reação*: praticamente sem valor porquanto além de ter muitas causas de erro e dificuldade de leitura, é sobrepujada de muito por outros dados.

C) *Síndrome líquórica*: Relativamente rara, só aparecendo com caráter decisivo quando há extenso comprometimento das meninges: albumina entre 0,40 e 0,75, globulinas positivas, reação importante eventualmente com eosinofilia, benjoim coloidal positivo nos 10 ou 12 primeiros tipos com curva do tipo meningo-sifilítico, reação de ouro-coloidal, e Wassermann negativo.

Nas formas císticas que acarretam hipertensão, a punção nada mais faz que confirmar o diagnóstico de tumor cerebral.

D) *Desvio do complemento no sangue e no líquido*: no líquido a reação parece ser mais específica do que no sangue, isto é, mantém-se negativa em ausência de cisticercose mas pode ser negativa em presença da mesma; daí a necessidade de fazer concomitantemente a reação no sangue. É possível pois, a existência da cisticercose cerebral com desvio do complemento no líquido e síndrome líquórica negativos, com desvio do complemento positivo no sangue; tal seria o nosso caso e tal ocorreu no caso n.º 1 da tese de Monteiro Sales em que a cisticercose foi comprovada. Ainda este autor, de estudos comparativos feitos em 84 casos, nos quais praticava o desvio do complemento para a cisticercose, e as reações de Wassermann e de Kahn, conclue pela não influência dos anticorpos sifilíticos sobre os desvios do complemento.

Aconselha ainda, M. Sales que, em caso de negatividade no líquido em presença de um caso duvidoso, deve-se repetir a punção pois com intervalos de dias, o desvio do complemento pode-se tornar positivo.

O nosso caso apresenta eosinofilia sanguínea — 8,5% — invalidada no entanto, pela positividade do ex. de fezes para ovos de *Ancilostomideo*, denunciando a existência do *Necator* ou do *Ancilóstomo*. Aliás esquecemos de transcrever o resultado deste exame na parte competente.

A síndrome líquórica foi absolutamente negativa nas 2 punções bem como o desvio do complemento no líquido; foi positiva no sangue.

Em resumo, são dados positivos em favor de etiologia cisticercótica no nosso caso, os seguintes dados:

- 1) Dados de anamnese.
- 2) Reação do desvio do complemento positivo no sangue.

Com tais dados, não nos é possível afirmar desta etiologia como também não podemos afastá-la de todo, embora haja mais possibilidade de que a cisticercose não intervenha neste caso.

EPILEPSIA ESSENCIAL

Em favor do diagnóstico de epilepsia essencial falam apenas os dados de coexistência de casos analógicos na família do paciente; com efeito, o paciente tem uma irmã cujos ataques do tipo epilético generalizado se iniciaram aos 16 anos de idade.

Acresce que dois primos de 2º grau do paciente também sofrem de ataques que, segundo informações do mesmo são inteiramente analógicos aos generalizados de que foi acometido.

Segundo a opinião de outros autores que admitem a afinidade entre a enxaqueca e a epilepsia, contaríamos com outro elemento de probabilidade pró diagnóstico de epilepsia essencial, porquanto o nosso paciente desde os 10 anos de idade sofre de crises de enxaquecas.

Com efeito, relata cefaléa intensas que sobrevêm repentinamente embora presinta sua aproximação por uma sensação de “ar esquisito”, de caráter martelante, pulsátil, acusando enfraquecimento visual por estas ocasiões.

Sabido é que a epilepsia essencial predomina nos primeiros annos de vida e no periodo da puberdade, nos annos seguintes decrescendo a percentagem de incidencia. Ora, o nosso paciente tem a idade de 26 annos, o que não deixa de ser um elemento de pouca probabilidade para o diagnostico de epilepsia essencial, sem que no entanto o infirme, uma vez que não é de todo raro o aparecimento da mesma em tal idade.

Na anamnese do paciente pesquisámos, em vão, a ocorrência dos ataques epilepticos atípicos, também chamados equivalentes, a menos que estabeleçamos uma correlação desta natureza com a enxaqueca.

Concluindo, diremos que, embora não possamos afirmar pela epilepsia essencial, também não podemos excluí-la; fica assim o

diagnostico do nosso caso oscilando entre a epilepsia sintomatica duma cisticercose cerebral e a epilepsia essencial.

Com isto deixamos de lado a etiologia luetica, uma vez que as reações especificas para a lues no liquor cefalo-raquidiano resultarem negativas o que é difficil, senão impossivel, de conciliar com a existencia de processos lueticos assentados nas meninges cerebraes ou na propria massa encefalica. Acresce a negatividade do exame neurological realizado, bem como do exame clinico geral.

Verdade é que na punção lombar, o liquor revelou linfo-monocitose o que, no entanto, não foi encontrado no exame do liquor anterior.

Afastada a etiologia luetica e restando pois a dupla probabilidade diagnostica de epilepsia por cisticercose cerebral e de epilepsia essencial, passamos a analisar o prognostico e a terapeutica destas duas eventualidades.

PROGNOSTICO

1) O prognostico da *cisticercose*, molestia de tratamento difficil e delicado, sempre foi tido como sombrio, embora certos autores admitam mesmo a cura espontanea.

Monteiro Salles conclue que o prognostico quanto á vida é benigno na maioria das vezes, sendo mais sombrio quanto á função.

Naturalmente que o prognostico varia na rasão diréta da gravidade dos desarranjos nervosos, isto é, torna-se tanto mais sombrio — quanto á vida e á função — quanto mais grave fôr o quadro mórbido e quanto mais tardiamente fôr instituida a terapeutica.

2) O prognostico da *epilepsia essencial*, quanto á função, é grave porquanto se faz necessaria a limitação das atividades do doente; devem ser interditas todas as profissões arriscadas, em que haja perigo de quéda, deve ser prohibido o casamento, etc.

Quanto á vida, o prognostico varia de acordo com a gravidade do caso, porquanto desde as formas benignas — com crises isoladas, obedientes e curaveis á terapeutica — até as formas graves — com paroxismos convulsivos, repetição quasi diaria e resistentes á terapeutica — todas as formas intermediarias são possiveis.

Segundo Kraepelin, o prognostico é sempre sombrio porquanto a duração media da vida destes enfermos é claramente inferior ao normal, cerca da metade sucumbindo durante um acesso. A accumulção frequente dos ataques provoca o estado epileptico, durante o qual sucumbem os enfermos por esgotamento, debilidade cardiaca ou sintomas de tumefação cerebral.

TERAPEUTICA

1) **Terapeutica da cisticercose:** resumem-se em trez: operação, radioterapia profunda e quimioterapia pelo extrato etéreo de fêto macho.

a) *Operação*: naturalmente a cirurgia será indicada quando se trata de cisticercos acessíveis, facilmente estirpáveis.

b) *Radioterapia profunda*: indicada nas síndromes de hidrocefalia por meningite serosa, podendo ser aliada ao tratamento cirúrgico no pré-operatório. É de resultados duvidosos.

c) *Quimioterapia*: é o tratamento de escolha, consistindo no emprego de extrato etéreo de feto macho, na dose de 0,50 grs., diariamente, por séries de 1 a 2 meses consecutivos intervalados por períodos de repouso. Pode e deve ser associado o tratamento sintomático. Monteiro Salles relata 1 caso de cura e cita outros dois, tratados pelo Prof. Vampré, todos tratados com extrato etéreo de feto macho.

2) **Terapêutica da epilepsia essencial**: compreende medidas de higiene, regime e quimioterapia.

a) *Higiene*: em primeira plana o repouso físico e moral, suprimindo as causas de excitação cerebral que produzem uma emoção violenta, uma fadiga excessiva, a sobrecarga intelectual, etc.

Deve ser preferida a vida do campo, evitado o álcool, etc.

b) *Regimens* É claro que um epileptico deve evitar os repastos copiosos, os alimentos indigestos, o café forte, o tabaco em excesso; nestes últimos annos, sob a influencia dos estudos humoraes na epilepsia, tem-se indicado varios regimens especiaes, dos quaes releva em importancia o chamado regimen cetogenico.

Concebido pelos americanos, o regimen cetogenico procura obter a supressão das crises epilepticas realisando no doente um estado de acidose com acetonuria. Para tanto, substituem-se quasi totalmente os hidrocarbonados pelas gorduras que realisando uma combustão incompleta acarretam a formação de acidos cetogenicos.

Este regimen é empregado exclusivamente em creanças e indicado quando os ataques se repetem com frequencia apesar do tratamento quimioterapico.

c) *Quimioterapia*: (1) Medicação bromurada: introduzida na epilepsia em 1851 por Locock, com resultados surprehendentes que nenhuma terapeutica tinha acarretado até então.

O bromo age sobretudo como um moderador das excitabilidades reflexas dos centros nervosos, ação esta tanto mais evidente quanto mais excitados estiverem estes centros.

Prescreve-se em doses variaveis conforme a idade do paciente e a gravidade da afeção; o bromureto de potassio é dado na dose diaria de 4 a 6 grs. e mesmo 10, para o adulto; 2 a 4 grs. na creança de 12 a 15 annos. A duração pode ser indefinida, sendo melhor empregar doses crescentes e repouso por uma semana bem como associar a dieta desclorurada que permite redução da dose do bromureto.

(2) *Fenil-etil-malonilurée* — luminal ou gardenal — é incontestavelmente o medicamento mais eficaz contra a epilepsia; é um barbiturico da classe do veronal, com ação hipnotica e antiespasmódica.

O gardenal se prescreve na dose de 5 ou 10 centgrs. e de 1 centgr. para crianças, doses estas suficientes contra a insônia e angústia mas insuficientes para a epilepsia.

Pode-se começar por 0,20 tomados 2 vezes por dia, fóra dos repastos.

Si a dose é insuficiente e a medicação bem suportada, aumenta-se diariamente 0,05 até obter bom resultados, podendo-se chegar até 0,40.

Não ha risco de costume, devendo ser mantida a dose diaria sufficiente, não se devendo suspendel-a bruscamente; quando as crises desaparecerem, reduzem-se as doses de 0,05 cada 2 mezes até se atingir 0,10.

Ha vantagem em se associar a estrichnina que eleva a tolerancia para o gardenal; usa-se 0,0003 de sulfato de estrichnina para 0,05 de gardenal.

(3) *Outros medicamentos*: são usados barbituricos outros como rutilal, prominal e somnifeno, este ultimo sendo de indicação precisa para suspender o estado de mal — uma ampola de 5 cc. intravenosamente.

São usados tambem a beladona, cloral, cloroformio, etc.

A beladona é usada na dose de 0,01 a 0,03 em associação com o gardenal e a estrichnina.

Finalmente muitos autores recomendam o tratamento cirurgico, seja a secção do simpatico, de Jaboulay e Jonnesco, seja a simpatectomia peri-arterial de uma ou duas carotidas, de Leriche, seja a extirpação do glomerulo intercarotidiano, de Lauwers e Leriche.



BRUNO ZARATIN

16.º TABELIÃO DE NOTAS

Rua Marconi, 100

Telefones { 4-2880
4-2881

S. P A U L O

VITAMINAS
SYNTHETICAS

ROCHE

VITAMINA

B₁

B₁ — BENERVA "ROCHE"

Ampolas de 5 mg. (Caixa de 6)
Comprimidos de 3 mg. (Vidro de 20)
TODAS AS HIPOVITAMINOSES B₁

NEURALGIAS DIVERSAS
ASTHENIA.
DISTURBIOS INTESTINAES
DORES MUSCULARES
POLYNEVRITES DIVERSAS (ALCOOLICA,
DIABETICA, MALARICA, GRAVIDICA,
TOXICA, INFECCIOSA).
SCIATICA. NEVRITES CRURAL FACIAL.
OPTICA, ETC., ETC.

BENERVA FORTE "ROCHE"

PARA SUPPRIR, EM CASOS GRAVES, OS
GRANDES DEFICITS EM VITAMINA B.

Ampolas de 25 mg. (Caixa de 3)

C — REDOXON "ROCHE"

Ampolas de 100 mg. (Caixa de 6)
Comprimidos de 50 mg. (Tubo de 20)

TODAS AS HYPO E AVITAMINOSES C.

DIATHESES HEMORRAGICAS. CARIE DEN-
TARIA E GENGIVITE DA GRAVIDEZ. VOMI-
TOS INCOERCIVEIS. DYSTROPHIA. COQUE-
LUCHE, DIPHTERIA. AFFECÇÕES PYOGENI-
CAS DOS LACTENTES. — PROPHYLACTICO.
DOS ACCIDENTES POST-OPERATORIOS. FU-
RUNCULOSE, ULCERAÇÕES. CATARATA.
ESTADOS PRE E ESCHIZOPHRENICOS.

REDOXON FORTE "ROCHE"

PARA SUPPRIR, NAS DOENÇAS INFECCIOSAS,
OS GRANDES DEFICITS EM VITAMINA C.

Ampolas de 500 mg. (Caixa de 3)

PRODUCTOS ROCHE S. A.

SÃO PAULO
RUA SENADOR FEIJÓ N.º 41

RIO DE JANEIRO
RUA EVARISTO DA VEIGA N.º 101



CAVALHEIROS! Nós offerecemos o maior sortimento de

Roupas para o verão

CONFEÇÃO ESMERADA
AJUSTE PERFEITO
NÃO ENCOLHEM

Preços vantajosos

TRAJES

de lan e linho fantasia	220\$
de linho puro branco	245\$
de linho irlandez branco e perola ...	285\$
de linho irlandez, pardo	295\$
de linho puro, perola	320\$
de linho puro, fantasia	330\$
de linho irlandez, typo S. 120, branco	330\$
de linho irlandez, perola	340\$
de linho irlandez, creme	350\$
de linho irlandez, branco	370\$
de Palm-Beach, côres	395\$



Summer - jacket
280\$

Calça, lan preta
130\$

Faixa 60\$

TODOS ESTES TRAJES SÃO MOLHA-
DOS NA NOSSA LAVANDERIA.

Schaedlich, Obert & Cia.

Rua Direita, 162-180